Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

vorgelegt von

August Lamprecht.

Halle a. d. S. 1921
Buchdruckerei des Waisenhauses

Ein Fall von Blasenektopie kompliziert durch Adenocarcinoma vesicae.

Die Ektopia vesicae urinariae, eine nicht zu seltene Mißbildung, bedeutet nach König einen Spalt des Hautsystems bis zum Nabel, der meist fehlt, eine Nichtvereinigung der Beckenknochen. Die Blasenschleimhaut ist als rötliche, leicht blutende Geschwulst vorgewölbt, die Haut ist wulstig. Hernien kommen oft vor. Ferner finden sich Mißbildungen des Darms. Der Dünndarm mündet bisweilen in der Blase, der Mastdarm fehlt an normaler Stelle.

Folgen sind: Fortwährendes Harnträufeln, Exkoriationen der umliegenden Teile, Blutungen aus der verletzten, vorgefallenen Blasenschleimhaut. Diese ist infolge der Einflüsse von außen durch Luft, Staub und Kleidung allen möglichen Entzündungen ausgesetzt, welche zu kräftiger Entwicklung und zu fortgesetzter Reizung der Schleimhautoberfläche führt. Daneben finden sich Mißbildungen der äußeren Genitalien. Es sind verschiedene Grade der Mißbildung unterschieden. Konstant ist nur als obere Begrenzung die Nabelgegend. Es kommen Variationen vor von der Urachusfistel bis zur Gastrocystogenitoschisis.

Auch die Ätiologie ist umstritten gewesen.

Neben unhaltbaren früheren Erklärungen suchte man die Ektopie auf mechanischem Wege zu erklären. Man nahm eine Behinderung des Urinabflusses an, die Stagnation des Harns und Ausdehnung der Blase bewirken sollte. Dadurch wurden die Beckenhälften auseinandergedrängt; schließlich trat Sprengung von Blase und Bauchwand ein. Dilatation der Ureteren und des Nierenbeckens stützte diese Theorie.

Anhänger waren Johannes Müller, Rokitansky, Neugebauer, Winckel, Philipps, Wheadon, Brandel.

Andere machten ein Trauma für eine Nichtvereinigung der Beckenhälften verantwortlich. (Greve, Baysch, Herder, de Villeneure.)

Enderlen bekämpfte diese Ansicht damit, daß er sagte, es sei unerklärlich, daß der Druck die Bauch- und Blasenwand genau in der Mitte immer zersprengte. Er erklärt die Blasenektopie vielmehr als Hemmungsmißbildung und stützt seine Theorie durch entwicklungsgeschichtliche Momente.

Es folgt dann eine kurze Übersicht über die Embryologie des Urogenitalsystems, um die folgenden Ausführungen verständlicher zu machen.

Es handelt sich in der Regel um ganz geringfügige Störungen des normalen Vorganges der Spaltung der Kloakenmembran und um mangelhafte Verschmelzung der Bauchplatten. Diese Störungen, die in frühester Embryonalzeit nur Bruchteile eines Millimeters ausmachen, genügen, um verschieden große Mißbildungen entstehen zu lassen.

Vertreter dieser neuen jetzt im allgemeinen anerkannten Ansicht sind: Enderlen, Meckel, Vialton, Durand, Reichel, Kermauner.

Die Häufigkeit der Blasenektopie ist beträchtlich; ob sie beim männlichen oder weiblichen Geschlecht häufiger vorkommt, ist nicht einwandfrei festgestellt.

Die Prognose ist infaust. Wenige erreichen das 20. Lebensjahr. Neben Dermatiden ist die Hauptgefahr die ascendierende Nephritis.

Die Therapie ist mannigfaltig. Es sind vielerlei Apparate konstruiert worden, die in der Regel als Urinale aufzufassen sind.

Später haben sich Operationsmethoden entwickelt und zwar:

1. die autoplastische Methode durch Bildung von Haut- und Schleimhautlappen. Roux, Thimothy, Wood, Billroth suchten durch Lappen den Defekt der Blase zu ersetzen. Die Vorteile lagen darin, daß die empfindliche Blasenschleimhaut gegen Unbilden von außen geschützt war, und daß ein Hohlraum für den Urin gewährt wurde. Es wurde aber keine Kontinenz erzielt. Der Hauptfehler bestand darin, daß auf der Epidermis Haare wuchsen, die Veranlassungen zu Harnkonkrementen und Inkrustationen gaben. Modifikationen von Thiers und Laband suchten diesem letzten Übelstand abzuhelfen. Mikulicz operierte ebenfalls noch nach dieser Methode.

2. Es wurde versucht, die Blasenränder direkt zu vereinigen.

Die Blasenränder wurden angefrischt, vereinigt. Um genügend Kapazität zu erzielen, wurde eine mit Luft gefüllte Blase darunter gelegt.

Gerdy, Riejond, Hirschberg, Billroth und andere operierten mit Modifikationen in dieser Weise.

Ein Hindernis bildete häufig die Symphysendiastase. Diese wurde verschiedentlich zu beseitigen gesucht. Demme und Passavant versuchten durch Kompression des Beckens das Ziel zu erreichen. Trendelenburg eröffnete das Sacroiliacalgelenk. Der Erfolg war teilweise gut.

Schlange, Mikulicz suchten durch Mobilisierung der Musculi recti eine Annäherung der Blasenspaltenränder zu erreichen. In der Lexerschen Klinik wurde eine Kombination der Lappenplastik und der direkten Vereinigung der Ränder angewendet.

3. Die modernen Operationen leiten den Harn ab und zwar zunächst in den Darm.

Roux und J. Simon vereinigten die Ureteren mit dem Rectum. Es trat aber in der Regel bald Peritonitis ein.

Thomas Smith verpflanzte die Ureteren in das Rectum. Maydl machte diese Operation zu einer brauchbaren.

Es trat jedoch häufig Nephritis ein.

Borelins machte daher den Versuch, ein Darmstück auszuschalten, um auf diese Weise die Kotmassen von den Ureterenöffnungen fern zu halten. So bildete sich die Uretherotrigonosigmoideostomie heraus, welche die Infektion zu verringern bestrebt war. Es wurde eine Enteroanastomose der beiden Flexurschenkel hergestellt, so daß die Fäzes den implantierten Blasenrest gar nicht berührten.

Müller, weiter Muskatello und Madlener transplantierten das Trigonum in das Colon sigmoideum. Dieses wurde nicht durchtrennt, sondern nur unterbunden. Makkas schaltete den Blinddarm aus und stellte mit Hilfe des Wurmfortsatzes eine Kommunikation nach außen her. Dies geschieht in einer 1. Sitzung. In der 2. wird das Trigonum in den unteren Pol des Blinddarms eingepflanzt.

Die Vorteile bestehen darin, daß ein Kontakt des Kotes mit dem Trigonum vermindert wird. Durch eine Darmanastomose wird Spannung mit der Blase vermindert. Es besteht Kontinenz.

Nach diesen allgemeinen Ausführungen folgt ein Fall von Blasenektopie, der in der Frauenklinik Halle 1920 zur Aufnahme kam.

Eine 37jährige Patientin, unverheiratet, Nullipara, leidet seit Geburt an Blasenektopie. Sie ist schon häufig operiert. 1892 im Alter von 9 Jahren wurden verschiedene plastische Methoden angewendet. Im 16. Lebensjahre unterzog sie sich drei Operationen in der Frauenklinik in Halle. Auch hier kamen plastische Methoden zur Anwendung, gleichzeitig suchte man die Blasenränder zu vereinigen. Dann ist im Jahre 1907 die Patientin kurze Zeit zur Behandlung in der Frauenklinik gewesen, sie wurde aber ungeheilt, ohne Operation entlassen.

Die Beschwerden, die jetzt zur Aufnahme führten, sind vor allem ein jauchig-putrider Ausfluß, der seit $^1/_2$ Jahre besteht und von der linken Blasenwand ausgeht. Daß Inkontinenz besteht, wird als angeborener Zustand nicht als besonders lästig empfunden.

Aus dem Befund sei erwähnt, daß ein Nabel nicht vorhanden ist. An der Stelle des Schambogens finden sich zwei große Hautwülste, in dem oberen ist eine Bruchpforte vorhanden, die Darmschlingen heraustreten läßt. Eine Symphysendiastase ist vorhanden, wie aus der inneren Untersuchung hervorgeht und durch eine Röntgenaufnahme bestätigt ist.

Unter den Wülsten wölbt sich die Blasenschleimhaut in Form zweier dunkelroter Schleimhautwülste vor, die einem faustgroßen Tumor, dem prolabierten Uterus aufgelagert sind. Der Tumor besteht aus der Portio und der vorderen und hinteren Scheidenwand. Ein Uterus bicornis ist vorhanden und etwa hühnereigroß. Dem linken Blasenschleimhautwulst ist ein harter, schmierig belegter, infiltrierter Tumor aufgelagert.

Auf beiden Schleimhautwülsten münden an symmetrischen Stellen die Ureteren, die periodisch spritzen.

Bröckel, die sich leicht vom Tumor ablösen lassen und histologisch untersucht sind, lassen diesen als Adenocarcinom erkennen.

Die Diagnose des Falles lautet: Ektopia vesicae urinae, Uterus bicornis, Adenocarcinoma vesicae, Prolapsus uteri et vaginae totalis. Spaltbecken. Hernia abdominalis. Inkontinentia urinae.

Therapeutisch sind die Möglichkeiten, der Patientin Erleichterung zu schaffen, sehr gering. Nur eine relative Wiederherstellung ihres früheren Zustandes kann in Frage kommen, insbesondere die Beseitigung der Beschwerden, die durch die Tumorbildungen entstanden sind. Plastische Operationen kommen schon wegen Mangels an Hautmaterial nicht in Betracht, abgesehen davon, daß diese auch nie eine Kontinenz herbeiführen. Auch eine Ureterentransplantation verbietet sich, da der maligne Tumor nicht in den Darm eingepflanzt werden kann.

Es ist daher in diesem Falle die Röntgenbestrahlung eingeleitet worden, deren Erfolg abzuwarten ist.